NATURE ET TRAITEMENT 50

DE

LA PNEUMONIE FIBRINEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 12 août 1885

PAR

G. LACHAPELLE

Né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

Ex-Externe des hôpitaux de Montpellier
Ex-Interne des hôpitaux civils de l'Algérie
Ex-Chef-Interne de l'hôpital civil et militaire de Cette
Ex-Médecin-Interne de l'hôpital suburbain des cholériques de Cette
(Épidémie 1884, Médaille d'argent de 1re classe)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1885

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0104

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....)
LANNEGRACE.....) Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés.

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. COMBAL, *président;*
DUPRÉ, professeur;
REGIMBEAU, agrégé.
BLAISE, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A la Mémoire de ma Mère

A la Mémoire de ma Sœur

G. LACHAPELLE.

AUX MIENS

G. LACHAPELLE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur COMBAL

A MES MAITRES

G. LACHAPELLE.

A MES AMIS

G. LACHAPELLE.

A Monsieur le Docteur CATHALA

Médecin en chef de l'hôpital de Cette
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur DUMAS

Chirurgien en chef de l'hôpital de Cette

Aux Docteurs PETIT et DUCLOUX

Médecin et chirurgien adjoints de l'hôpital de Cette.

G. LACHAPELLE.

Aux Docteurs BALLACEY, PASSARINI,
SCHEYDT et VIGUIER

Mes Collègues d'Internat à Cette

G. LACHAPELLE.

INTRODUCTION

Habent sua fata libelli ! Les thèses ont leur destin!

Il m'eût fort étonné, en effet, celui qui, il y a seulement 20 jours, m'eût dit que je présenterais comme thèse inaugurale un travail sur le traitement classique de la pneumonie à Montpellier au lieu du travail sur l'antipyrine que j'avais mis quatre mois à préparer! Mais si les hommes — même quand ils sont médecins — proposent souvent, les circonstances disposent plus souvent encore; et j'ai dû renoncer à prôner les bienfaits de l'antipyrine à qui mon confrère, M. Breton, venait d'élever un monument aussi complet qu'impérissable. Forcé d'autre part par les événements de présenter une thèse avant les vacances, j'ai dû me reporter vers les lectures préparatoires que j'avais faites au sujet de l'antipyrine, pour y trouver le sujet de mon nouveau travail; c'est alors que me sont revenues à l'esprit les pages consacrées par M. le professeur Germain Sée à la thérapeutique

de la pneumonie. Ces pages, qui débutent par l'incroyable phrase qui suit, m'avaient suggéré les mêmes réflexions que j'ai eu le plaisir plus tard de lire dans la *Semaine médicale* du 10 juin, sous la signature de M. le professeur Grasset. Voici comment débute M. Sée: « *Les notions nouvelles que nous avons acquises sur l'origine et la nature de la pneumonie entraînent les conséquences les plus inattendues et les indications les plus subversives, de toutes les doctrines anciennes ou modernes, qui ont présidé jusqu'aujourd'hui aux règles de thérapeutique de la pneumonie dite franche, légitime, lobaire, fibrineuse, inflammatoire.* » — J'avoue que, malgré tout le respect que je professe à l'égard de M. Germain Sée, je me suis tout d'abord demandé si l'éminent professeur pouvait exprimer ainsi sa pensée de clinicien consommé; je devais avoir mal lu, assurément; j'ai lu et relu; il n'y avait pas à en douter: nous allions assister à un cataclysme épouvantable dans lequel disparaîtraient *toutes les doctrines anciennes ou modernes* et devant qui? devant un pauvre enfant plus ou moins capsulé, que son père Friedländer a déjà renié après l'avoir solennellement présenté comme la cause de tout le mal. En sera-t-il de même de ceux de Klebs, d'Eberth, de Leyden, de Gunther, de Matruy, de Spina, de Salvioli, de Zastein, etc...; de celui de Talamon qui absorbe en ce moment les sympathies du public microbiophile? Sera-ce à un microbe-grain de blé ou à un chapelet de coccus que restera la victoire? Et faudra-t-il attendre ce résultat

définitif pour soulager et guérir nos pneumoniques? J'ai pensé alors que l'exposé rapide de la méthode classique montpelliéraine du traitement de la pneumonie, avec un certain nombre d'observations prises dans les services de nos Maîtres, ne serait peut-être pas inutile en ce moment pour rappeler qu'avant qu'il fût question de «*grain de blé ou de capsule*», on savait, à Montpellier et ailleurs, guérir les malheureux qui sous une influence quelconque, microbienne si vous le voulez, avaient réalisé l'affection-pneumonie, et que malgré tous les microbes, passés, présents et futurs, fussent-ils ou non capsulés, on continuera, et pendant longtemps encore, à rendre à nos malades le même service.

Qu'il me soit permis ici de remercier publiquement et vivement, mon confrère M. Rauzier, interne des hôpitaux, pour son extrême obligeance à me laisser puiser, dans sa riche collection, les observations dont j'avais besoin et qui m'ont permis de mener ce travail à bonne fin en si peu de temps.

Je n'ai plus maintenant qu'à réclamer de mes Juges toute leur indulgence, en les priant de prendre en considération les circonstances, indépendantes de ma volonté, qui ont modifié si brusquement et changé si inopinément le titre et le fond de cette thèse inaugurale.

NATURE ET TRAITEMENT

DE

LA PNEUMONIE FIBRINEUSE

CHAPITRE PREMIER.

NATURE DE LA PNEUMONIE.

Les principales théories sur la nature de la pneumonie n'ont été émises qu'à une époque relativement tout-à-fait rapprochée de nous. La raison en est facile à comprendre: Ce n'est, en effet, que de nos jours que le mot pneumonie a pris une signification bien nette. On réunissait autrefois sous ce nom un grand nombre de phlegmasies des organes respiratoires ; aussi nous ne rapporterons que les théories qui ont été émises à partir du jour où on a eu une idée précise de la pneumonie. Laennec, le premier, grâce à l'auscultation qu'il venait de découvrir, sépare nettement les maladies de la plèvre de celles des poumons. Mais les maladies de l'appareil respiratoire étant isolées, bien des recherches restaient encore à faire pour arriver à la pneumonie. Rilliet et Barthez

vinrent éclairer la question d'un jour nouveau, lorsqu'ils mirent dans une classe à part la broncho-pneumonie, celle-ci succédant à une bronchite capillaire, tandis que la pneumonie franche débute dans les alvéoles. Cette division si importante a été le fruit de longs travaux. Elle a été confirmée par Traube, Lebert, Vulpian ; mais tous les auteurs ne l'ont pas admise et Hardy et Béhier pensent que l'inflammation dans la bronchite capillaire ne dépasse pas les petites bronches et que les alvéoles ne sont le siège d'aucun travail phlegmasique. Enfin, Grisolle vient compléter l'analyse lorsqu'il distingue la pneumonie en primitive et secondaire. Dans cette seconde classe, il comprend celles qui se développent dans le cours de la malaria, du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, etc. Il est certain que cette division est très heureuse et doit être conservée aujourd'hui. Nous ne nous occuperons en effet ici que de la pneumonie franche primitive.

Si nous jetons un coup-d'œil sur les diverses théories qui ont été émises à propos de la nature de cette affection, nous voyons qu'elles sont relativement peu nombreuses et qu'il est facile de les grouper.

Pour Laennec, Andral, Grisolle, la pneumonie franche est une affection locale dans laquelle les symptômes généraux sont en raison directe des symptômes locaux. Cette idée résultait des études anatomo-pathologiques qui étaient faites à Paris à cette époque. L'école anatomique faisait pour la pneumonie comme pour toutes les autres maladies : pas d'état général, l'état local est tout. Nous savons que si cette école a fait de grandes découvertes dans le détail, on peut dire aussi qu'à un point de vue philosophique ou plutôt clinique, ses vues sont singulièrement étroites. Méconnaître l'état général dans la pneumonie, le méconnaître dans la fièvre typhoïde et ne la considérer que comme une inflammation de l'intestin, c'est là une singulière erreur qui nous amène à parler d'une autre

école à vues plus larges, peut-être un peu moins précises, mais en tout cas plus près de la vérité : nous voulons parler de l'école de Montpellier.

Bien avant Laennec, la doctrine de la fièvre pneumonique avait été émise par les anciens savants. Cette doctrine trouva du crédit chez les médecins de Montpellier qui la gardèrent précieusement. De même que la systématisation étroite de l'école de Paris amenait à tout localiser dans le poumon, de même les vues générales et plus cliniques de notre école conduisaient à donner la prédominance à l'état général. Avant les médecins de Montpellier, cette doctrine avait été soutenue par Huxham et Hoffmann. Il serait long de donner les noms de tous les savants montpelliérains qui ont enseigné cette idée, car il faudrait les citer tous.

Ce n'est pas seulement dans le midi de la France que la théorie a été adoptée, elle a eu aussi de nombreux partisans en Allemagne. Traube, Cohnheim, Jurgensen ont soutenu que dans la pneumonie, l'inflammation du poumon était secondaire sinon accessoire. Jurgensen dit : « la pneumonie croupale est une maladie générale et non locale. » Examinons les arguments sur lesquels l'école de Montpellier et les auteurs Allemands appuient leur théorie de la fièvre pneumonique.

1° Avant les symptômes locaux, les malades éprouvent des symptômes généraux. G. Sée pense que cet argument n'a point de valeur : « En effet, dit-il, il n'y a pas de phlegmasie locale, même un phlegmon de la main qui ne nécessite un certain travail de préparation, de germination avant d'aboutir à l'ébranlement violent du système nerveux qui se traduit par le frisson. » Nous pensons cependant que, dans le cas de phlegmon de la main, les symptômes locaux peuvent précéder les symptômes généraux, peuvent d'autres fois les accompagner et sont assez rarement postérieurs. Et en tout cas, même en admettant que les phénomènes généraux précèdent,

c'est de fort peu de temps. Pour la pneumonie, nous voyons au contraire que la fièvre peut apparaître trois jours avant que la localisation pulmonaire soit perçue par le médecin. Andral et Grisolle eux-mêmes en citent des observations; Lépine, dans son article du Dictionnaire encyclopédique de Jaccoud, admet que la fièvre initiale de la pneumonie est probablement dans une certaine mesure tout à fait indépendante du processus local; mais il ne pense pas qu'il en soit ainsi dans tout le cours de la maladie. Bien souvent, en effet, dit-il, on peut montrer que les exacerbations sont dues à des poussées du côté des poumons. La marche de la fièvre est, pour Lépine, beaucoup plus claire, si on considère que les phénomènes généraux sont en rapport avec les phénomènes locaux. En effet, l'exacerbation précritique par exemple, au lieu d'être attribuée à un effort de la nature avant la crise, serait le résultat de la résorption commençante de l'exsudat. Les travaux de Lépine et d'Hallopeau sont à peu près d'accord contre la théorie montpelliéraine. C'est vrai, dit G. Sée, que la fièvre arrive parfois avant que les localisations pulmonaires soient perçues, mais il faut avouer que les moyens que nous possédons pour apprécier la température sont bien supérieurs à nos procédés d'auscultation et de percussion.

2° La marche de la fièvre est tout à fait cyclique et elle tend à se terminer par une crise vers le septième ou huitième jour. Il est évident que dans cette marche il n'y a rien d'absolu.

3° Les signes locaux persistent après la chute de la fièvre; ce fait se produit en effet quelquefois, mais ce n'est pas la règle et le plus souvent il y a parallélisme. Si la fièvre s'élève vers la fin de la maladie, c'est qu'en général il y a une complication du côté de l'organe lésé. Lépine raconte que dans plusieurs cas il a pu affirmer la résolution par l'examen du

poumon quelques heures avant que le thermomètre ait décélé la défervescence.

4° La pneumonie croupale et la bronchite ont une distribution géographique tout à fait différente. Ce qui indique encore d'une façon bien plus évidente la nature de la fièvre pneumonique, c'est que cette phlegmasie est rare dans les saisons où la bronchite et la pleurésie sont fréquentes. Les courbes de mortalité entre les diverses affections pulmonaires et la pneumonie sont loin d'être parallèles.

Enfin, aucune maladie ne présente à un aussi haut degré la marche cyclique. Certains des arguments que nous venons de citer sont encore valables aujourd'hui ; mais nous voyons que la théorie montpelliéraine a été battue en brèche et réfutée sur un grand nombre de points. Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour donner d'une façon absolue notre avis sur une question qui a divisé pendant longtemps les savants les plus éminents, nous nous permettrons cependant d'avouer que, si nous comparons la théorie organicienne et celle de Montpellier, toutes nos préférences sont pour la seconde, car elle est plus large, voit les faits de plus haut et est aussi plus clinique et plus fertile en enseignements au point de vue du traitement.

Ces deux théories étant exposées, nous arrivons à celle qui aujourd'hui réunit le plus de partisans. Depuis les travaux récents sur la microbiologie, on a une tendance à considérer les micro-organismes comme les causes prochaines de toutes les maladies. La pneumonie, comme la fièvre typhoïde, la tuberculose, le choléra, etc., a elle aussi son microbe. Pour prouver le rôle pathogène du micro-organisme de la pneumonie, M. Sée qui s'est fait l'apôtre de la théorie, s'appuie d'abord sur des raisons extrinsèques au microbe et puis sur l'existence et le rôle de ce même microbe qu'il croit démontrés. Déjà dans les opinions de Jurgensen, plusieurs faits

semblaient militer en faveur de la nature parasitaire: la grande influence de froid, des saisons, des pays sur les bronchites et les pleurésies, au contraire l'influence minime sur la pneumonie; mais les premiers faits sur lesquels s'appuie la théorie sont tirés de l'expérimentation.

Les physiologistes ont signalé déjà depuis un certain temps que la sectiou du pneumo-gastrique entraîne des désordres dans la constitution du poumon. Peu nous importe le mécanisme; Traube, dont l'opinion est la plus généralement acceptée, croit qu'après la section des récurrents, la muqueuse pulmonaire est anesthésiée et que les corps étrangers qui seraient normalement expulsés par la toux, sont ainsi conservés et jouent le rôle de corps irritants. Genzmer, en épargnant les récurrents, a obtenu les mêmes désordres. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de certain et ce que M. G. Sée tient à bien mettre en lumière, c'est que les altérations obtenues ne rappellent jamais celles de la pneumonie fibrineuse franche. On trouve principalement, d'après Genzmer, de la congestion, de l'œdème, quelques noyaux ayant subi l'hépatisation grise, de la bronchite et quelques noyaux atélectasiés. On retrouve constamment de ces cas dans les avéoles et dans les bronches des corps étrangers. Les Allemands ont appelé ces maladies expérimentales des pneumonies par aspiration, ce sont des broncho-pneumonies, celles-ci étant secondaires à la bronchite.

Des expériences ont été faites au moyen des agents irritants par un grand nombre d'auteurs, et jamais on n'a obtenu la véritable pneumonie fibrineuse franche, même lorsqu'on a injecté des matières septiques, comme Hohenheimer-Kuhn a cherché à résoudre la question d'une autre façon et, considérant la pneumonie comme une maladie générale, il a injecté des crachats sous la peau; les essais sont restés tout à fait infructueux.

Le transport brusque du chaud au froid, les traumatismes du poumon n'ont jamais permis d'obtenir une pneumonie fibrineuse franche. Voilà les principales raisons sur lesquelles s'appuie G. Sée pour prouver que les causes banales, qui produisent une grande variété d'inflammations pulmonaires, sont inefficaces pour engendrer la pneumonie, et il arrive aussi par ces premières considérations à un premier degré de différenciation de la pneumonie franche.

Mais tandis qne les corps étrangers et les sections nerveuses sont impuissants, l'action des micro-organismes a donné au contraire des résultats. Klebs le premier a décrit une monade ayant pour caractère principal de se mouvoir. Dans quelques cas, dit-il, les monadines se présentent sous forme de granulations immobiles; mais toujours par la culture on obtient des organismes doués de mouvement. Le milieu de culture employé était le blanc d'œuf, les monadines s'y développaient très rapidement et étaient alors le siège de mouvements très actifs. Klebs s'était probablement trompé, car à l'autopsie de tous les animaux qu'il avait inoculés, on trouvait les lésions de la septicémie. A la société médicale de Berlin, 1882, Gunther indique qu'il avait trouvé des micrococcus de forme allongée, très nombreux et entourés d'une capsule fortement transparente. Avant lui, Koch et Friedländer avaient aussi indiqué des micrococcus disposés en chapelet. Le 19 novembre 1883, à Berlin, Friedländer décrit un microbe qu'il considère comme spécifique, dont la caractéristique principale est une membrane d'enveloppe Les inoculations pratiquées par cet auteur, notamment chez des cobayes, ont donné des résultats après culture. Le 30 novembre, Talamon fit une communication à la Société anatomique : pour lui, peu importe la capsule, l'essentiel c'est la forme en grain de blé. Les inoculations ont donné des résultats, huit fois seulement chez des lapins, qui sont devenus porteurs des lésions caractéristiques de la pneumonie

fibrineuse. Les poumons ont été présentés par Talamon à la Société anatomique et trouvés tout à fait caractéristiques. Afanasiew n'attribue aucune importance à la capsule signalée par Friedländer. Jamais on n'a obtenu de cas de mort chez les chiens; cependant les auteurs ont prétendu, par l'auscultation, reconnaître des cas de pneumonie. G. Sée conclut des raisons qui précèdent et que nous avons prises dans son dernier livre sur les maladies non tuberculeuses du poumon, que la nature de la pneumonie est définitivement trouvée. Il nous semble cependant, quoique nous soyons bien peu compétents dans la question, qu'il reste encore quelques désidérata. Et d'abord tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la forme du microbe. Les uns lui donnent une capsule qu'ils considèrent comme tout à fait caractéristique (Friedländer), tandis que Talamon la considère comme tout à fait peu importante. Et cependant tous deux disent avoir obtenu des résultats par leurs inoculations. Hâtons-nous de dire cependant que l'introduction des germes de la pneumonie dans l'organisme a été assez rarement suivie de succès dans les deux cas. Les inoculations étant incertaines, il faut avouer que si le microbe est trouvé, ce n'est pas tout, et que le terrain doit jouer un rôle considérable. C'est un second point que M. Sée ne met pas en lumière.

Un mot sur le parasite de la pneumonie. Friedländer, attachant une grande importance à la capsule, donne avec détail la technique qui doit conduire à la bien mettre en relief. Il emploie pour cela le violet de gentiane. Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails du procédé. Talamon croit qu'il s'agit là simplement d'une apparence due à la rétraction du liquide autour du micro-organisme. Le microbe a la forme d'un grain de blé de 1 à 4 μ.

Les cultures pures sont très difficiles à obtenir avec les matériaux empruntés au cadavre. Malheureusement pour la

solution que nous cherchons en ce moment, les cultures de Cornil démontrent que dans l'exsudat pneumonique on trouve trois microbes différents. Ce dernier fait prouve que la question est encore aujourd'hui bien loin d'être résolue.

Pour démontrer la nature parasitaire, M. Sée s'appuie encore sur les épidémies de pneumonie. Nous comprenons difficilement qu'il discute les opinions rapportées par les anciens auteurs avant la découverte de l'auscultation ; il est en effet impossible de reconnaître la pneumonie, telle que nous la décrivons, dans ces épidémies. Mais, à une époque plus rapprochée de nous, il y a certainement des faits de contagion tout à fait évidents. Lecorché et Talamon rapportent l'observation suivante : Dans une famille composée du père, de la mère et d'un fils de 16 ans, la mère mourut la première, le père ne tarda pas à la suivre et le fils se rétablit après une pneumonie double des plus graves. Wynter, Blyth et Hardwick signalent le fait suivant : un fermier est atteint de pneumonie, sa nièce qui le soigne contracte la maladie et la donne à son mari. On pourrait multiplier à l'infini ces exemples. Nous citerons encore l'observation de Biclensky : sur dix habitants d'une même maison, neuf eurent les uns après les autres, dans l'espace de deux semaines, une pneumonie franche. M. Sée conclut de tous ces faits de la façon suivante : la cause de la pneumonie est un micro-organisme décrit par Talamon ; la pneumonie est une maladie contagieuse, enfin la pneumonie est *une*. Il est évident que, puisque c'est toujours le même micro-organisme qui la produit, l'affection doit toujours être semblable à elle-même. Tous les auteurs ne sont pas de cet avis et plusieurs admettent une pneumonie inflammatoire et une infectieuse et contagieuse. Jaccoud admet l'unité de la pneumonie, mais il pense ruiner aussi l'influence du premier, puisque des maladies aussi cliniquement semblables ont la même cause. Pour résumer notre opinion, nous

dirons qu'il est fort probable que les théories organicienne et montpelliéraine cèderont un jour le pas à la théorie parasitaire quant à la pathogénie. Les nouvelles recherches sont tout à fait intéressantes au point de vue spéculatif, malheureusement nous verrons au chapitre du traitement, qu'au moins jusqu'à présent le côté thérapeutique de la question a été bien peu modifié par elles.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

« Aucune maladie n'est, par définition, justiciable d'un seul traitement », disait il y a deux ans M. le Professeur Grasset, dans son cours d'ouverture. Cette règle, qui nous a frappé autant par sa généralité que par la netteté et la concision de sa formule, semble au premier abord comporter une exception qui aurait trait aux maladies possédant un traitement spécifique; et pourtant, si l'on considère les deux maladies pour lesquelles l'existence de spécifiques est nettement démontrée, l'impaludisme et la syphilis, on voit que la quinine et le mercure doivent être administrés, suivant les cas, sous des formes et à des doses différentes, et même que ces deux médicaments sont loin de répondre, chacun dans la maladie qu'il concerne, à tous les désidérata de la clinique; l'arsenic, dans certaines formes, détrônera la médication quinique et les préparations d'or sous certaines indications laisseront bien loin en arrière le traitement mercuriel. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans la grande majorité des cas, les remèdes dits spécifiques jugeront la maladie; les cas opposés, bien que réels, constitueront l'exception; si donc on ne prend pas à la lettre le précepte de M. Grasset, qui, je le répète, est rigoureusement vrai dans sa formule, et si on ne considère que les faits habituels, on peut rayer du cadre de la médecine d'indications les maladies à médication spécifique.

Cela posé, la pneumonie a-t-elle un spécifique? On a lu

dans le chapitre précédent les nombreuses théories qui ont été émises sur la nature de cette affection qui, d'après les données les plus récentes, paraît faire espèce et se trouver sous la dépendance d'un bacille spécial. La découverte compte; elle satisfait l'intelligence, elle permet de toucher le pourquoi de la maladie; mais quelle a été son influence sur la thérapeutique? D'après M. Germain Sée, « les notions nouvelles que nous avons acquises sur l'origine et la nature de la pneumonie, entraînent les conséquences les plus inattendues et les indications les plus subversives de toutes les théories anciennes et modernes qui ont présidé jusqu'aujourd'hui aux règles de thérapeutique de la pneumonie dite franche, légitime, lobaire, fibrineuse, inflammatoire.» Avec M. Grasset, nous ne voyons là rien de subversif; la nature de la maladie est connue; la prophylaxie peut s'inspirer des découvertes nouvelles, mais qu'y a-t-il pour la thérapeutique ? Ou bien le bacille pneumonique est détruit par les antizymasiques en général et tous les microbes se ressemblent quant à leur façon de réagir: ceci est inadmissible, le contraire est prouvé;—ou bien ce bacille est à part, il est véritablement spécifique; cette dernière théorie serait la seule vraie, si le résultat des inoculations n'était pas discuté. Mais l'agent dont le bacille pneumonique sera justiciable, le microbicide qui doit l'atteindre, reste toujours à trouver; par conséquent, quelque importantes que soient les découvertes modernes au point de vue scientifique, elles n'ont fait faire aucun progrès à la thérapeutique, et celle-ci doit encore s'inspirer uniquement de la tradition médicale et des indications.

Un traitement antizymasique général étant par conséquent rejeté, quelle marche devra suivre le médecin en vue de guérir la maladie ? A notre avis, l'homme de l'art doit prendre uniquement pour base les indications que présente chaque pneu-

monie. «La pneumonie, dit M. Pécholier (1), n'est pas une maladie toujours de même nature et, suivant les circonstances, elle réclame un traitement essentiellement différent.» C'est un précepte vulgaire à Montpellier, qu'en clinique, il n'y a pas de maladie, mais des malades; chacun réagit, à sa manière et la maladie revêt un caractère différent suivant les dispositions de l'individu qui en est affecté: « la maladie n'est pas un être, mais une manière d'être,» disait Bordeu.

Avant d'entrer dans le détail de la méthode à suivre pour le traitement de la maladie constituée, nous dirons quelques mots du traitement prétendu abortif, c'est-à-dire des cas où, moyennant une saignée ou l'administration d'un peu de digitale employée alors que l'affection n'est pas encore bien constituée, on pourrait espérer couper court à ses manifestations. Cette théorie est parfaitement inadmissible: qui peut dire, avant l'apparition des symptômes morbides, si l'on aura bien affaire à une pneumonie et si la guérison ne sera pas la solution naturelle d'une affection différente? Bien plus, elle n'est pas de notre époque: elle est en retard sur la science si elle ne voit dans la pneumonie qu'une simple fluxion vers le poumon; elle devance les âges si, dans les agents que nous avons cités, elle trouve des spécifiques.

Cela posé, sur quels principes faut-il se baser pour traiter une pneumonie en évolution, quelle méthode thérapeutique doit-on adopter? En principe, nous nous rattacherons avec M. Grasset (1) à la méthode naturelle, celle que M. Sée appelle dédaigneusement «le refuge de toutes nos hésitations et de tous les doutes qui nous obsèdent, le provisoire et le pis-aller à la fois.» Mais encore une fois, nous ne proposons pas là *le* traitement de la pneumonie: c'est simplement *un*

(1) Pécholier, Sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie. Montpellier, 1867.

(2) Grasset, *Semaine médicale*, 10 juin 1883.

traitement qui sera applicable lorsqu'il ne se présentera pas d'indication d'un autre ordre.

L'expectation ou méthode naturelle ne doit pas être confondue avec l'inaction: c'est un fait d'expérience que les maladies guérissent souvent sans l'intervention du médecin; nous en voulons seulement pour preuve le cas de ces paysans, qui, frappés dans un hameau ou une campagne, confient à la nature le soin de les guérir.«La nature, dit Hippocrate, est le médecin des maladies; sans rien savoir, elle fait ce qu'il faut;»l'exagération est évidente dans cette phrase et naît d'une confiance illimitée que possédaient les anciens médecins en ce qu'ils appelaient la nature médicatrice. Les maladies, en l'absence de médication énergique, peuvent donc guérir d'elles-mêmes; le rôle du médecin, quand la marche de la phlegmasie est régulière, doit donc se borner à aider la nature et à seconder ses efforts vers la guérison. Expectation, disons-nous, n'est pas synonyme d'inaction: le médecin ne reste pas les yeux fermés en face de la maladie, il n'abandonne pas le patient, laissant à dame nature le soin de le délivrer; loin de là, debout près du malade et armé de pied en cap, il se tient prêt à lutter avec le mal et à juguler la maladie si l'indication s'en présente.

L'expectation est bien un traitement; aujourd'hui on a le tort de faire de traiter le synonyme de droguer; or, l'hygiène et le régime ne sont-ils pas des agents de traitement aussi bien que la matière médicale?

Voulonne, médecin de Montpellier, dans un mémoire remarquable qui fut couronné à Avignon, a vanté les bienfaits de l'expectation, en particulier dans la pneumonie. Sydenham, décrivant l'attitude du médecin devant une maladie aiguë s'écrie: «*Perinde est periti medici, quandoque nihil agere, quandoque efficacissima adhibere remedia.*»Boerhaave, Van Swieten, Louis se sont montrés partisans d'une expectation bien enten-

due dans la pneumonie. «Le clinicien, dit Graves (1), n'a pas à combattre la pneumonie, mais les dangers de la pneumonie.» Balfour en Angleterre, Dietl en Allemagne ont donné des résultats statistiques; le dernier a démontré que le bilan de l'expectation se réduisait à 7 p. 100 de mortalité, tandis que par la saignée et le tartre stibié les malades mouraient dans la proportion de 20 p. 100 De nos jours aussi de nombreux auteurs, en particulier Rilliet et Barthez, préconisent l'expectation.

L'expectation, avons-nous dit, a ses indications et ses contre-indications: quand la maladie tendra naturellement à la guérison, si les phénomènes ne présentent pas une acuité trop grande, chez un individu jeune et vigoureux, pourvu de forces radicales suffisantes, on pourra la pratiquer: le malade sera tenu au lit, on fera usage de boissons chaudes et de révulsifs doux, on prescrira une alimentation légère et liquide.

C'est surtout chez les enfants, entre 2 et 15 ans, au dire de MM. Rilliet et Barthez, que l'expectation donne les meilleurs résultats; au-dessus de cet âge, il existe presque toujours un symptôme qui par son acuité fait indication; chez les vieillards enfin l'expectation doit être proscrite, elle donne une mortalité de 50 %; cela tient à la diminution considérable des forces de tension dans la vieillesse.

Nous venons d'envisager les cas dans lesquels la maladie suit une marche régulière, avec réactions modérées et tendance naturelle à la résolution. Cette évolution n'est pas constante et souvent chez l'adulte, presque toujours chez le vieillard, l'attention du médecin est particulièrement attirée par certains symptômes qui le décident à abandonner l'expectation et à recourir à une thérapeutique militante: habituellement c'est un des phénomènes normaux qui se trouve exagéré

(1) Graves, Clinique médicale, trad. Jaaccoud 1862, p. 503.

dans son expression symptomatique, quelquefois c'est un élément de complication qui intervient. Nous allons étudier successivement les diverses indications et passer en revue les agents destinés à les remplir; puis, revenant sur les différentes formes que peut affecter la maladie dans son expression clinique, nous étudierons brièvement la médication qui convient à chacune d'elles.

Les indications sont fournies par:

1° La température: antipyrétiques.

2° L'état des forces: toniques.

3° La présence de l'exsudat: ipéca, vésicatoires.

I. Antipyrétiques.— La température, lorsqu'elle dépasse les limites d'une hyperthermie modérée, peut devenir un élément d'indication. Nous n'avons pas à discuter ici la question de savoir si dans la pneumonie la fièvre est la cause ou l'effet; la fièvre pneumonique essentielle a disparu presque pour tous les auteurs actuels du cadre nosologique et il ne reste plus que la fièvre symptomatique de la pneumonie et provoquée peut-être par une intoxication parasitaire portant sur le système nerveux. La fièvre n'est donc qu'un symptôme; on aura beau le supprimer, le fond morbide subsistera; mais c'est un symptôme important et qu'il y aura souvent grand intérêt à combattre. «La médication antipyrétique, dit Graves, n'arrête ni ne raccourcit la pyrexie, mais atténue un de ses plus grands dangers, la fièvre. »

M. Germain Sée semble admettre dans son livre que tous les antipyrétiques sont des parasiticides et M. Pécholier contribue pour sa part à consolider la théorie en établissant l'action parasiticide du sulfate de quinine. Dans une lettre à M. le Professeur Grasset, M. Sée (1) déclare ne pas prescrire

(1) Sée, Lettre à M. Grasset, *Semaine médicale*, 1er juillet 1885.

les antipyrétiques comme antizymasiques, mais pour combattre l'hyperthermie et maintenir les forces nerveuses et trophiques dans la lutte de l'organisme contre l'infection parasitaire. Nous nous rattachons parfaitement à cette manière de voir; quelle que soit sa cause, la fièvre, lorsqu'elle est considérable, est une source de déchéance et de pertes pour l'organisme; supprimez ce déchet, et vous mettrez l'économie dans des conditions meilleures pour sortir victorieuse de sa lutte avec la maladie.

Une remarque générale est à faire à propos de l'action de presque tous les antipyrétiques dont nous allons nous occuper; nous voulons parler de la *tolérance médicamenteuse*: il est curieux de voir comment une dose de remède qui serait toxique pour un individu sain est facilement supportée par le malade (nous prenons ici le mot toxique dans le sens de mal toléré). A quoi tient une action si différente dans les deux cas? Provient-elle d'un déterminisme particulier à l'état morbide et différent du déterminisme à l'état sain? Nous ne le croyons pas; que l'individu soit malade ou bien portant, c'est toujours le même organisme qui fonctionne; par conséquent les actions physiologiques des médicaments peuvent venir parfaitement en aide aux actions thérapeutiques; mais dans la maladie, et surtout dans les maladies franches, aiguës, le système nerveux plus ou moins profondément atteint, ne réagit pas aussi facilement qu'à l'état hygide; il a besoin, pour répondre aux excitations, d'une dose de médicament beaucoup plus forte qu'à l'état normal, d'une dose qui, dans bien des cas, serait toxique chez un individu sain. Pour emprunter une comparaison à la vie de relation, on attirera beaucoup plus facilement l'attention d'un individu bien portant que celle d'un typhique.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les agents antipyrétiques.

Emissions sanguines. — Ce chapitre, dit spirituellement Diday dans sa thèse d'agrégation, pourrait parfaitement être intitulé : grandeur et décadence des émissions sanguines. Nous n'insisterons pas sur l'abus de la saignée qui a précédé notre ère, les excès de Chirac, Bosquillon, Guy-Patin, Willis, Riolan, Broussais ; tous ces grands médecins de l'ancien temps avaient une idée et ils la poursuivaient : la pneumonie était par eux considérée comme une affection *totius substantiæ*, le stimulus était exagéré, il fallait le combattre et la saignée s'imposait. Plus tard, Brown conclut à un défaut d'incitation et le système des toniques remplace celui des contro-stimulants. Aujourd'hui nous sommes pleinement en réaction contre les idées de Broussais, la théorie de Brown a repris le dessus.

Pourquoi ? on a prétendu que la constitution de l'espèce humaine s'affaiblit, que l'abâtardissement des races commence ; il n'en est rien : les idées seules ont changé, la science à progressé, on est plus au fait des phénomènes anatomo-pathologiques. Et pourtant les statistiques ont parlé, Broussais a prouvé par des chiffres l'excellence de sa méthode. « La statistique, dit avec raison Forget, est toujours du parti de celui qui l'invoque. » Broussais observait des individus jeunes, habituellement vigoureux, et il a généralisé, sans tenir compte des circonstances particulières qui le favorisaient.

Une saignée peut produire des effets et des effets favorables, mais ils sont passagers : la température subit un abaissement accompagné d'une sédation générale qui peut persister 24 heures, mais le lendemain une réascension se produit et le bénéfice obtenu n'est nullement en rapport avec la perte subie. « La saignée, dit Graves, refroidit comme une syncope peut refroidir. » Aussi Bouillaud (1) avait-il imaginé de remplacer

(1) Bouillaud, Clin. méd. de l'hôpital de la Charité, Paris 1837, t. III, p. 454.

la saignée massive par de petites saignées coup sur coup; Louis (1), Chomel et Grisolle (2) ont combattu sa méthode.

Quelles que soient les divergences qui ont régné entre les auteurs, la saignée est un bon moyen, mais elle a ses indications. Souvent après une saignée le pouls qui antérieurement était petit et dur, devient plein et ample: ils s'agissait dans ce cas de ce que les anciens appelaient l'oppression des forces, état quelquefois difficile à distinguer de la dépression des forces. La saignée est indiquée quand il existe une dyspnée violente, une fluxion collatérale intense dans le poumon, de la stase encéphalique; elle est indiquée principalement au début, le premier jour de préférence, et seulement chez les individus sanguins et vigoureux. L'état du pouls ne constituera pas un critérium suffisant, car souvent il n'est pas en rapport avec l'état des forces, et nous venons d'en citer un exemple. La saignée déplétive sera employée rarement; on se bornera à une saignée perturbatrice, par conséquent d'un petit volume: 200-300 gr. de sang par exemple. La saignée est contr'indiquée chez les enfants, les athéromateux, les paludéens et les alcooliques; « la saignée tue les buveurs » (Van Swieten).

Les *ventouses scarifiées* sont plus souvent indiquées que la saignée; elles ont une action puissante sur le système nerveux et n'enlèvent que très peu de sang. Leur influence est grande sur la douleur et on constate souvent après leur application une notable diminution du point de côté ainsi qu'une sédation générale momentanée.

Tartre stibié.— Ce médicament fut employé pour la première fois, par Rasori, en 1800, puis par Tommasini et Giacomini en Italie; raillé d'abord par Guy Patin qui l'appelait tartre stygié, il a acquis dans la suite une vogue immense qui

(1) Louis, Recherches sur les effets de la saignée, p. 35.
(2) Grisolle, Traité de la pneumonie 1864, et pathologie interne.

a contribué en partie à renverser la saignée. Rasori (1), voulant couper court à la diathèse de stimulus qui pour lui constituait la pneumonie, voyait dans son remède un médicament souvent spécifique et donnait jusqu'à plusieurs onces d'émétique dans le cours de la maladie sans provoquer de vomissements ni d'évacuations alvines: c'est là un exemple remarquable de tolérance médicamenteuse. Laennec (2) et Louis (3) se montrent enthousiastes du nouvel agent qui peu à peu détrône les émissions sanguines.

M. G. Sée a fait des expériences pour établir l'action physiologique du tartre stibié et a observé, après l'injection veineuse d'une solution, un ralentissement du pouls, une diminution de la tension artérielle et une dépression des forces; tout cela sous la dépendance d'une diminution de l'énergie et de la fréquence des battements du cœur; le tartre stibié est donc un poison du cœur.

Chez les pneumoniques on obtient une action hyposthénisante beaucoup moins rapide que celle de l'ipéca, mais profonde, durable; si la dose est trop forte ou l'individu peu résistant, le collapsus peut survenir.

Ces faits connus, il est facile d'en déduire les indications du tartre stibié; on l'emploiera dans les cas de pneumonies inflammatoires, chez les individus vigoureux qui n'auront pas à craindre l'adynamie stibiée. A la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 dans une potion de 120 gr. prise par cuillerée toutes les deux heures, il déterminera un abaissement de la température, un ralentissement de la circulation et de la respiration.

Digitale. — C'est encore un médicament cardiaque. Homolle et Quévenne, Nativel l'ont introduite dans la thérapeutique de

(1) Rasori, *Arch. gén. de Méd.*, 1824, p. 400.

(2) Laennec, *Revue de Médecine*, juin 1825.

(3) Louis, Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, p. 35.

la pneumonie, et Legroux, Orfila, Hirtz, Tardieu les ont suivis dans cette voie. La digitale agit sur le pneumogastrique, les ganglions automoteurs du cœur et peut-être sur la fibre musculaire du cœur elle-même. Traube et Hirtz ont prétendu qu'elle abrège la durée de la maladie, mais il n'en est rien; la pneumonie, nous l'avons vu, a un cycle bien déterminé qu'elle parcourt jusqu'au bout. La digitale a une triple action: elle diminue la fréquence du pouls, augmente la tension sanguine et abaisse la température; de l'ensemble de ces caractères on déduira les indications. L'action de la digitale est lente; elle ne se produit guère qu'après 24 ou 48 heures; par contre les phénomènes d'accumulation sont bien marqués, aussi devra-t-on surveiller son emploi et se tenir sur ses gardes dès que le remède aura été administré pendant 3 ou 4 jours. L'intolérance sera manifeste quand le malade pâlira, sera pris de nausées et quand le pouls deviendra petit et irrégulier. L'infusion de feuilles est la préparation la plus recommandable; on la donne à la dose de 1 gr. par jour.

Vératrine. — Cet autre médicament cardiaque est un alcaloïde extrait de l'ellébore blanc ou des semences de cévadille; c'est un poison névro-musculaire introduit dans la thérapeutique par Vogt, Kocher et Ritter; on en donne 4-6 pilules de 0 gr. 005 par jour. Dans ces derniers temps, Hirtz, Oulmont, Labbé ont essayé l'extrait résineux de *veratrum viride* en pilules de 0 gr. 01. Ces deux agents ralentissent le pouls, augmentent la tension artérielle, abaissent la température et diminuent la dyspnée. Les phénomènes d'accumulation sont nuls et, contrairement à l'action de la digitale, l'action de la vératrine est rapide, se produit en deux heures, mais est passagère, les effets ne se prolongent pas au delà de 24 heures; quelquefois le médicament a déterminé des vomissements et le collapsus. Zuber et Hirtz (1) en ont établi les indications

(1) Zuber et Hirtz, *Bull. thérap*, 1869, t. 76.

dans la pneumonie: on devra l'employer dans les cas où la digitale conviendrait, mais où on a besoin d'une action immédiate; de plus, lorsqu'on craint l'accumulation digitalique. Dans le cas de troubles circulatoires, la vératrine ajourne les accidents jusqu'au moment où la guérison naturelle est possible. Elle est contr'indiquée quand la pneumonie est peu étendue, à cause de l'épuisement névro-musculaire trop intense qu'elle produirait.

Sulfate de quinine.— Recommandé par les Allemands, Liebermeister (1) à 1 gr. 50, Jürgensen à la dose de 5 gr., il agit comme antipyrétique et s'oppose à la suppuration quand la pneumonie tend à l'hépatisation grise. On l'emploie quand la température est très élevée.

Antipyrine.— Ce nouveau médicament, essayé par plusieurs auteurs dans la pneumonie, n'a pas donné de résultats.

Acétate neutre de plomb. — Vanté par Strohl de Strasbourg, ce médicament ne produit pas dans la pneumonie les effets astringents auxquels on pourrait s'attendre; l'expectoration, les sueurs, les urines, les selles ne sont aucunement modifiées. Il produit un abaissement assez sensible de la température; on l'emploie surtout chez les vieillards qui tolèrent mal les autres médicaments et on l'administre à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 dans un julep de 120 gr.

Bains froids. — Currie rompt le premier avec la tradition et emploie en 1790 les affusions froides dans le traitement de la pneumonie et dans les formes graves. Liebermeister emploie

(1) Liebermeister, *Ueber dic. Behandlung des Fiebers in Volkman's Sammlung.*

les bains froids dans tous les cas et dans toutes les formes de pneumonie; Thomas administre aux enfants le bain graduellement refroidi de Ziemssen.

Nous ne ferons que signaler certains autres agents antipyrétiques, tels que le *salicylate de soude, l'ergot et l'aconit.*

II. Toniques. — *Alcool.* — « Il faut, dit, Kaltenbrunner, un certain degré de force pour résoudre une phlegmasie. » La médication par l'alcool constitue la méthode anglaise de traitement de la pneumonie; c'est en effet Todd qui l'a mis le premier en usage; Bennet l'a imité; Béhier (1) et Trastour ont vulgarisé la méthode en France. L'alcool n'agit pas sur la pneumonie elle-même, mais sur l'organisme qu'il soutient et relève (Pécholier) (2); l'alcool est aussi un réfrigérant et produit par son ingestion un abaissement de température; son défaut de tolérance dans les pays froids, les nombreux décès qu'il a causés pendant la retraite de Russie et le siège de Paris en sont la preuve. Monthus (3) résume de la sorte son action: « L'alcool est un excitant de la circulation, un agent d'épargne et un réfrigérant de l'organisme. » La réfrigération produite par l'alcool est si marquée, que M. Sée ne le croit utile dans la pneumonie que si, entre les autres éléments d'indication, il existe une température élevée. — L'alcool est indiqué dans les pneumonies adynamiques (Pécholier, Béhier, Trastour), chez les buveurs, les gens âgés et affaiblis; dans les cas de pneumonies latentes où le cœur et le pouls baissent de concert, dans les pneumonies d'abord sthéniques puis asthéniques, dans la pneumonie double, la pneumonie des vieillards (le vin est le lait des vieillards), les pneumonies secondaires; en un mot toutes les fois que l'atteinte portée à

(1) Béhier, art. *Alcool.* du *Dict. Encyclop. des sc. méd.*
(2) Pécholier. Sur l'emploi de l'alcool dans la pneumonie, Montp. 1867.
(3) Monthus, Thèse de Paris 1868, p. 204.

l'organisme nécessite une grande somme de résistance chez l'individu. Il est contr'indiqué au contraire dans la forme inflammatoire et dans les cas de gastrites concomitantes à la pneumonie. M. Pécholier prescrit 100 à 120 gr. d'alcool par jour, même chez les enfants, et dans aucun cas il ne se produit de l'ivresse : c'est là un exemple de tolérance médicamenteuse provoqué par l'engourdissement du système nerveux.

A côté de l'alcool, nous placerons le quinquina, le vin, le bouillon, le jus de viande.

III Résolutifs. — L'exsudat est formé, la période aiguë est passée; il s'agit d'éliminer les produits anormaux qui encombrent le poumon.

Ipécacuanha.— L'ipécacuanha peut agir sur le poumon de plusieurs façons, suivant la dose employée et le mode d'administration. Pison et Cade, d'Avignon, font de cet agent un tonique de l'économie; Rességuier, Broussonet, Delioux, un hyposthénisant. M. Pécholier (1) se range à cette dernière opinion, à la suite d'expériences faites sur des animaux et confirmées au lit du malade: à faible dose, à 0 gr. 20 ou 0 gr. 40, il ne constate pas de mutation affective, comme dit Jaumes; à plus haute dose et jusqu'à 1 gr., il observe des nausées et des vomissements qui généralement ne tardent pas à s'arrêter, mais sont quelquefois si persistants qu'il faut suspendre le remède; celui-ci n'a fait alors que débiliter le malade par la concentration qu'il a produite. Enfin, à dose élevée, il y a de la contro-stimulation due, non pas à la concentration comme dans le degré précédent, mais à l'action directe de l'émétine; il est donc, à ce point de vue, recom-

(1) Pécholier, Récherches expérimentales sur l'action physiologique de l'ipéca, Montp. 1862.

mandable dans les maladies où la phlogose domine; il diminue l'afflux sanguin vers le poumon en révulsant sur l'intestin. A ce titre nous aurions pu le placer à côté du tartre stibié; mais l'ipéca a une action directe sur la muqueuse des bronches, il est expectorant et doit par conséquent rentrer dans la classe dont nous nous occupons. L'ipéca s'administre sous la forme suivante: on fait infuser 2 à 3 gr. d'ipéca concassé dans 150 gr. d'eau avec 40 d'écorce d'orange amère et on édulcore avec un sirop calmant, le sirop diacode par exemple.

A côté de l'ipéca, citons le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine; ce dernier joue un grand rôle dans la médecine des enfants qui le tolèrent à la perfection.

Vésicatoires. — Si jamais médicament a soulevé des luttes et de furieuses discussions, c'est bien le vésicatoire. De tous côtés on s'insurge contre lui, la plupart des médecins n'ont de voix que pour le maudire, et tout le monde en met et en ordonne; c'est là un exemple curieux de tradition populaire dominant la science. «Ce qu'il y a de plus fâcheux et de plus étrange (1), s'écrie Dauvergne, l'un des plus fougueux partisans de la ligue antivésicante, c'est que d'encore en encore, d'engouement médical à engouement populaire, nous nous sommes tous cru obligés de mettre des vésicatoires, tout cela sans que personne ait dit pourquoi» — «Soyez très réservés dans l'emploi des vésicatoires, recommande Andral; (2) ils sont plutôt un tourment qu'un soulagement pour les malades». — «Quant aux vésicatoires, affirme Trousseau, (3) je partage complètement l'opinion de mes confrères, à savoir

(1) Dauvergne, *Bull. de thérap.* 1869.
(2) Andral, Pathologie interne, t. I p. 395.
(3) Trousseau, Cliniques. t I p. 608.

que, au plus fort de la maladie, ils peuvent ajouter à l'excitation fébrile, et qu'à une époque plus avancée ils deviennent inutiles» — Le vésicatoire à demeure appliqué au bras des enfants, a plus d'inconvénients démontrés que d'avantages probables» Fonssagrives. (1)

Richerand déclare que créer des phlegmasies au voisinage d'une affection, c'est imiter un aveugle armé d'un bâton, et frapper tantôt sur la maladie, tantôt sur le malade.

Nous pourrions multiplier les citations et après avoir enregistré les opinions des adversaires du vésicatoire, chanter avec bon nombre d'auteurs les louanges de cet agent thérapeutique; mais cela nous mènerait trop loin.

En résumé, le vésicatoire est un topique désagréable, fatigant, mais dans bien des cas il donne des succès réels. Le moment de son application est loin d'être indifférent: à la première période de la pneumonie, au moment où l'inflammation est vive, la fièvre forte, il faut se garder de l'appliquer dans la crainte de provoquer une fluxion nouvelle du côté du poumon; mais à la période de résolution, alors qu'il ne s'agit plus que d'évacuer les produits épanchés ou de favoriser leur résorption, le vésicatoire est réellement utile. Il n'y a d'exception que dans le cas de pneumonie secondaire survenant dans le cours d'une maladie infectieuse, auquel cas le vésicatoire doit être appliqué dès le début de la phlegmasie.

La survenance d'un épanchement pleurétique provoquera aussi l'application immédiate d'un vésicatoire.

Il existe au contraire une contr'indication formelle à l'emploi des vésicatoires, c'est lorsque la pneumonie surviendra dans le cours d'une cachexie à tendance gangréneuse.

Le vésicatoire agit probablement par l'intermédiaire du

(1) Fonssagrives, *Gaz. hebdom.* 1869.

système nerveux et en vertu des relations qui existent dans tout l'organisme entre la peau et les muqueuses.

Nous en avons fini avec l'énumération des médicaments que l'on peut employer dans la pneumonie et des indications auxquelles ils répondent. Jetons maintenant un coup-d'œil rapide sur les diverses formes que peut affecter la pneumonie et en regard de chacune plaçons les médicaments qui peuvent être spécialement indiqués.

1° *Pneumonie franche commune.* — C'est la *peripneumonia vera* des anciens. Si les symptômes sont peu intenses, on pratique l'expectation et on laisse la maladie se juger par crise: urine, sueur, épistaxis, herpès (?) ; la crise se produit généralement le 8e ou 9e jour (Bourgeois d'Etampes). Si le point de côté et la dyspnée sont considérables et plus tard la résolution lente, on pratique au début des scarifications et on administre la potion d'ipéca, à la deuxième période on applique un vésicatoire.

2° *Pneumonie inflammatoire.*— Il s'agit habituellement d'un individu jeune, vigoureux, sanguin ; la face est congestionnée, la dyspnée violente, le point de côté atroce ; il y a quelquefois du délire. On emploie la médication antiphlogistique ou contro-stimulante: saignée, tartre stibié, kermès à 2 gr. associé à l'extrait de digitale 0 gr. 20 (Trousseau), le sulfate de quinine (Dieulafoy).

3° *Pneumonie asthénique* (infectieuse de Jaccoud).—Le sujet est abattu, prostré, sans réaction ; c'est un convalescent ou un affaibli. Les toniques: alcool, quinquina, quinine, sont indiqués ; kermès et oxyde blanc d'antimoine. Certains médicaments tels que le salicylate de soude sont contr'indiqués par

l'état du cœur et des reins. Les vésicatoires doivent être surveillés, à cause de la tendance gangréneuse.

4° *Pneumonie ataxique.* — Individu nerveux, température très élevée, délire, agitation. A côté des antispasmodiques on peut employer l'opium et la digitale. L'eau froide est indiquée si la température est excessive et le délire intense. L'alcool est contr'indiqué. Trousseau préconise le musc à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr.

5° *Pneumonie bilieuse* (Stoll). — Teint bilieux, ovale jaunâtre du visage, sclérotique jaune; langue sale. On prescrit un vomitif au début et un purgatif pendant la convalescence; le tartre stibié en lavage fera merveille.

6° *Pneumonie intermittente.* — Nous voulons parler ici du cas où la pneumonie réveille l'affection palustre; la complication ne sera manifestement établie que par l'essai thérapeutique; on prescrira la quinine en solution ou injection.

7° *Pneumonies secondaires.* — Ces pneumonies survenant dans le cours d'une maladie infectieuse: rhumatisme, variole, ne sont pas justiciables des émissions sanguines; on appliquera d'emblée un vésicatoire; infusion d'ipéca.

8° *Pneumonie du sommet.* (Saint-Ange, thèse de Paris 1878). —Elles frappent surtout les vieillards, les débilités, les alcooliques, les tuberculeux et affectent par cela même un cachet de gravité particulière. Les indications consistent à soutenir les forces et modérer les déchets: alcool, toniques, antimoine, kermès, musc (Trousseau). Pas d'émissions sanguines ni de contro-stimulants.

9° *Pneumonie des vieillards* (Bergeron, thèse de Paris 1866).— La pneumonie est le fléau le plus redoutable de la vieillesse et constitue le fin naturelle des vieillards (Cruveilhier, Péter). Début insidieux, pas de réactions symptomatiques. — Kermès, toniques, surveiller les vésicatoires.

10° *Pneumonie des enfants.*— Expectation, oxyde blanc d'antimoine; vésicatoires si la résolution tarde trop.

11° *Pneumonie double* (Monthus, thèse de Paris 1868).— Les indications se tirent seulement de l'intensité de la phlegmasie. Emission sanguines, infusion d'ipéca ou tartre stibié, vésicatoires.

12° *Pneumonie alcoolique.*— Elle se caractérise par un délire tantôt violent, tantôt professionnel; hallucinations; état général grave. La première indication consiste à donner de l'alcool dont la suppression a pu amener l'appareil symptomatique; on lui associe souvent l'opium à haute dose (0 gr. 15 à 0 gr. 25) et la digitale; les Américains ont donné jusqu'à 30 gr. de teinture de digitale sans que cette dose énorme provoquât des accidents.

Dans chacune de ces formes, les indications peuvent varier à l'infini; mais nous avons tenu à signaler les principales.

Suivent les observations.

Observation I.

Pneumonie droite à forme inflammatoire.— Traitement par les ventouses scarifiées, l'ipéca et la digitale.— Guérison.

D..., 23 ans, soldat au 2e génie, entre le 2 mars 1883 au service de M. le professeur Combal; c'est un garçon bien

bâti et de bonne constitution, sans antécédents fâcheux. Il est malade depuis six jours, note un refroidissement à l'origine ; il raconte qu'il a éprouvé au début un violent frisson, un point de côté, une dyspnée violente et une toux pénible qui, au commencement, ne s'est pas accompagnée d'expectoration ; actuellement le point de côté persiste, la toux est violente et aboutit à l'émission de crachats franchement rouillés ; la face est injectée, les pommettes sont colorées ; la température du matin est à 39°3. A l'auscultation, on perçoit un souffle tubaire intense, de la bronchophonie et des bouffées de crépitation sur toute l'étendue des lobes moyen et inférieur droits ; ce souffle coïncide avec de la matité et un accroissement notable des vibrations thoraciques. En somme, état général peu grave, pneumonie en voie d'hépatisation ; les indications consistent à détourner la fluxion qui s'est portée sur le poumon, à favoriser l'élimination des produits anormalement déposés dans l'organe, à calmer la douleur et soutenir les forces. On les remplit en prescrivant des sinapismes aux pieds, des ventouses scarifiées au niveau du point douloureux et une infusion d'ipéca à 2 gr. avec écorce d'orange amère 4 gr. et sirop diacode 30 gr.

Temp. du soir, 40°3.

Le 3 mars, temp. 39°9. La douleur a été considérablement diminuée par l'application des ventouses ; les crachats rouillés et adhérents persistent, la toux est peu modifiée. Les signes physiques subsistent au même degré, sauf la crépitation qui tend à disparaître ; on perçoit quelques râles sous-crépitants à la base du côté opposé. La peau est chaude et sèche ; le pouls à 120, petit, irrégulier ; on compte 40 respirations ; la langue est large et humide. La potion est continuée ; mais, à cause de l'état de la circulation, on y ajoute 0 gr. 50 de feuilles de digitale en infusion.

Le soir, 40°2.

Le 4, mêmes symptômes; la crépitation n'existe plus. Tem. du matin 39°3, du soir 39°3. Mêmes prescriptions.

Le 5, temp. du matin 37°9. La résolution s'opère dans les deux lobes envahis; on perçoit des râles sous-crépitants. Le malade a vomi. Continuer l'ipéca.

Le soir, 38°5.

Le 6, temp. 38°7; les urines sont peu abondantes, chargées et hautes en couleur; il y a 38 gr. 6 d'urée par litre. Le soir, 38°8.

Le 7, temp. 37°8. Le malade a encore vomi sous l'influence de l'ipéca; le pouls est encore fréquent, à 92. Les vibrations sont exagérées du côté droit; on entend des sous-crépitants de retour.

Les sous-crépitants perçus à la base gauche s'accompagnent maintenant d'un peu de frottement. La dose d'ipéca est portée à 3 gr.

Le soir, 38°7.

Le 8, temp. 37°8. Sous l'influence de l'augmentation de la dose, la tolérance pour l'ipéca s'est établie. Il n'existe plus qu'une gêne légère de la respiration; le pouls est à 92°. Mêmes signes stéthoscopiques, la résolution s'opère. Il y a 730^{mc} d'urine, 41 gr. 16 d'urée par litre, la densité est de 1027, les chlorures sont descendus à 1 gr. 964 par litre, soit 1 gr. 43 dans les 24 heures.

Soir, 38°2.

Le 9, temp. 37°6. Pouls 80. La résolution marche à grands pas. Soir 38°.

Le 10, temp. 37°4. Les sous-crépitants persistent. L'urine est plus abondante, quantité 1100, densité 1018, urée 26 gr. 8 par litre, les chlorures sont remontés à 3 gr. 91 par litre, soit 4 gr. 301 dans les 24 heures. Soir 38°.

Le 11, apyrexie. 1200 gr. d'urine, densité 1013, urée 17 gr.

3 par litre, chlorures 4,08 par litre, ou 4 gr. 896 dans les 24 heures.

Le 14, résolution à peu près complète; urine 1150 gr. densité 1015; urée 17 gr. 59, chlorure, près de 6 gr. par litre.

Le 16, résolution complète; urine 1700 gr., densité 4014, urée 14 gr. par litre, chlorure 7 gr. 31 par litre, c'est-à-dire 12 gr. 427 par jour (quantité normale).

Observation II

Pneumonie droite à forme adynamique.— Traitement par l'ipéca, le kermès et l'alcool.— Vésicatoire au 6e jour. — Défervescence au 11e jour. — Guérison.

C. Louis, 21 ans, garçon de café, entre le 15 mars 1883 au service de M. le professeur Combal, salle Saint-Lazare, N° 8. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution et sans fâcheux antécédents, a commis l'imprudence de boire de l'eau très froide étant en sueur; il est malade depuis trois jours et a présenté au début les symptômes suivants: céphalalgie, anorexie, sueurs, soif, fièvre, lassitude; puis il a éprouvé un frisson violent et prolongé, en même temps qu'un point de côté extrêmement douloureux apparaissait à droite.

La température prise le soir de son entrée est 39°6.

Le 16, temp. 39°4. Le malade est affaissé et en proie à une dyspnée assez violente. A l'examen, on constate: en avant de la matité, à la base droite, une exagération des vibrations et obscurité de la respiration; en arrière, un souffle tubaire intense depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du côté droit. Point de côté, dyspnée, crachats rouillés très adhérents.

On prescrit l'infusion d'ipéca à 3 gr. et une potion au rhum.

Le soir, temp. 39°6.

Le 17, temp. 38°8. Le malade a vomi sous l'influence de

l'ipéca. A côté du souffle tubaire, on constate de la bronchophonie. L'ipéca est suspendu. Temp. du soir, 39°3.

Le 18, temp. 39°1. On perçoit des râles crépitants sur presque toute la hauteur du poumon droit; l'adynamie est bien marquée. Une potion avec 0 gr. 30 de kermès et 30 gr. de sirop de quinquina est alternée avec la potion au rhum. Un vésicatoire est prescrit à la base droite, en arrière.

Le soir, 39°6.

Le 19, temp. 39°9. Le pouls est à 108, il y a 56 respirations. Mêmes phénomènes stéthoscopiques; 600 gr. d'urines rougeâtres et chargées.

Soir, 39°7.

Le 20 mars, temp. 39°3. On commence à entendre des sous-crépitants de retour. Les urines présentent les caractères suivants: quantité 720 gr., densité 1027, urée 48 gr. 4 par litre, chlorures 3 gr. 57 par litre, soit 2 gr. 57 dans les 24 heures; elles ont une coloration rouge-brique; pas d'albumine. Le soir, 39°6.

Le 21, temp. 39°. La langue est sale, les sous-crépitants sont très nets, le souffle a considérablement diminué d'intensité; l'état général est le même. Urines 350 gr. jumenteuses, densité 1028, urée 47 gr. 4 par litre; chlorures 4 gr. 93 par litre, soit 1 gr. 726 dans la journée.

Le soir, 39°1.

Le 22, temp. 37°5. Le pouls est petit, dépressible, l'état général n'est pas en rapport avec une crise franche; devant la différence de température entre le soir et le matin, la quinine est prescite suivant la formule habituelle: sulfate de quinine 1 gr., résine 3 gr., carbonate de potasse 2 gr., eau 40 gr., à prendre en trois fois à 2 heures d'intervalle. Le malade vomit sa potion et on lui pratique une injection de bromhydrate de quinine.

Le soir, la température est descendue à 38°.

Le lendemain l'apyrexie est complète, une injection préventive de bromhydrate de quinine est prescrite et le malade entre en convalescence. Le souffle a disparu ; il reste encore des râles sous-crépitants qui ne disparaissent complètement qu'au bout de quelques jours. Le 1er avril, la résolution est complète ; le malade quitte l'hôpital le 3.

Observation III.

Pneumonie du lobe inférieur gauche à forme adynamique. — Traitement par les ventouses scarifiées, l'ipéca, les toniques, la quinine et les vésicatoires. — Complication pleurale. — Guérison.

P., 22 ans, soldat au 122e de ligne, entre le 14 mars 1884 au service de la clinique médicale, salle Saint-Charles, n° 2. Rien dans l'hérédité ; pas d'antécédents palustres ; a eu la fièvre typhoïde l'année précédente.

Il est malade depuis trois jours et ne signale aucune cause bien évidente à l'origine de sa maladie ; les accidents du début ont été des symptômes fébriles, des frissons répétés et une céphalalgie violente ; puis est survenue une douleur intense à la base gauche ; cette douleur persiste au même degré le jour de son entrée ; la température du soir est à 40°. L'interne de garde fait appliquer quatre ventouses scarifiées *loco dolenti*.

Le 15, temp. 41°1 ; le point de côté est un peu moindre et le malade attribue cette amélioration aux ventouses scarifiées qui, dit-il, l'ont soulagé presque instantanément. La dyspnée est encore considérable ; le pouls est petit, plein, fréquent, à 110 ; il existe des crachats rouillés abondants et visqueux ; on constate sur les lèvres le développement de vésicules d'herpès. L'examen révèle de la matité à la base gauche, en avant, en arrière et sous l'aisselle, une augmentation des

vibrations, du souffle tubaire, des crépitants et de la bronchophonie dans tout le lobe inférieur gauche. On prescrit à nouveau quatre ventouses scarifiées et l'infusion d'ipéca à 2 grammes, avec 30 grammes de rhum. Bouillon, lait, limonade vineuse. Le soir 41°.

Le 16, temp. 39°9. Le malade a une certaine tendance à l'adynamie et on ajoute à la potion 3 grammes d'extrait mou de quinquina. Soir 39°5.

Le 17, même état. Température du matin 38°6, du soir 39°4.

Le 18, temp. 39°8. Crachats rouillés; le souffle remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, il est fort rude; le pouls est lent et plein; une nouvelle poussée d'herpès se produit sur les lèvres. La potion à l'ipéca est supprimée et remplacée par une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine.

Soir 38°7.

Le 19, 8e jour, temp. 37°5. La fréquence du pouls est presque normale, le malade est pâle et affaissé. Il existe de la crépitation de retour et un souffle persistant au tiers moyen gauche; la langue est blanchâtre et épaisse. On continue la quinine à 0 gr. 80 et on administre 2 cuillerées de vin diurétique de Trousseau.

Le soir 38°5.

Le 20, la sous-crépitation est moins nette, le souffle a diminué d'intensité, on perçoit des frottements et de l'égophonie; la matité persiste; évidemment il existe quelques exsudations pleurétiques par inflammation de voisinage. Le pouls est à 70, assez plein. Continuer le sulfate de quinine à 0 gr. 60. Vésicatoire au tiers moyen gauche.

Le soir 37°8.

Le 21, température du matin 37°2, du soir 38°1.

Le 22, temp. 37°7. Le malade a souffert de nouveau du côté gauche; le souffle reparaît dans toute l'étendue, des crachats

rouillés sont éliminés, il existe des frottements à la base; quelques râles humides sont perçus du côté droit.

La quinine est supprimée et remplacée par une potion tonique précédant la prescription d'un nouveau vésicatoire qui est faite quelques jours après.

Le malade entre en convalescence le 1er avril.

Observation IV.

Pneumonie ichaire ayant envahi la totalité du poumon gauche. — Forme un peu ataxo-adynamique. — Traitement par l'ipéca, l'alcool et les vésicatoires.— Résolution lente. — Guérison.

G. Théodore, 28 ans, artiste lyrique, entre le 4 juin 1885 dans le service de M. le Professeur Combal, salle Saint-Vincent, N° 26. C'est un homme d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution et d'une complexion délicate; il n'a pas d'antécédents héréditaires fâcheux et, personnellement, n'a jamais eu de maladie grave. Il a eu dans son enfance et présente encore actuellement des engorgements ganglionnaires à la région cervicale, il est sujet aux céphalalgies et signale depuis une dizaine d'années une certaine susceptibilité catarrhale, sans avoir eu pourtant d'hémoptysie ; peu modéré dans ses habitudes, il fume énormément et boit beaucoup de bière et d'absinthe ; ces derniers temps il s'est fréquemment exposé à de brusques variations de température.

La maladie a débuté sept jours avant son entrée par un violent frisson accompagné de fièvre et suivi le surlendemain d'un point de côté à gauche. Le patient ne s'est alité qu'au troisième jour, vaincu par l'intensité de la fièvre; il a même continué à chanter en public pendant ces trois jours.

Au moment de l'examen, le 4 juin, le malade a une température de 39°7. Le point de côté persiste et s'exagère par la pression. La toux est fatigante, quinteuse, profonde; l'ex-

pectoration est sanguinolente depuis trois jours et les crachats ont une teinte abricot caractéristique; la dyspnée est violente. Le malade est agité, nerveux, mais il déclare ne pas se sentir plus fatigué à certaines heures de la journée.

L'examen physique révèle, en avant, une augmentation des vibrations des deux côtés et de l'emphysème au niveau du bord antérieur du poumon gauche; en arrière, matité, vibrations exagérées, souffle tubaire intense dans les parties moyenne et inférieure du poumon gauche; il n'existe plus de râles crépitants perçus la veille à l'entrée. A droite, on constate à la base un peu de congestion pleuro-pulmonaire qui se traduit par de l'obscurité de la respiration et des frottements.

L'infusion d'ipéca est prescrite à 2 gr. avec 30 gr. sirop diacode. Cette potion, qui devra être donnée par cueillerées toutes les trois heures, sera alternée avec une potion au rhum.

Le soir, temp. 40°2.

Le 5 juin, huitième jour de la maladie, temp. 39°5. Le malade a été très agité pendant toute la journée de la veille et la nuit; il s'est levé à plusieurs reprises et voulait sortir; au moment de la visite, il est encore en proie à l'agitation. Le souffle tubaire et la bronchophonie persistent; ils s'étendent même jusqu'au sommet; la toux est pénible et fréquente. Un large vésicatoire est appliqué à la partie moyenne et postérieure gauche. Soir 39°8.

Le 6 juin, temp. 39°8. L'état général est mauvais, le malade souffre beaucoup et pousse des gémissements à chaque mouvement respiratoire; la toux est constante et très pénible; la chaleur est sèche et âcre, le pouls fréquent et assez plein. L'expectoration révèle des crachats véritablement sanglants. On perçoit des bouffées de râles sous-crépitants fins de la base au sommet. La dose de l'ipéca est portée à 3 gr. Soir 39°5.

Le 7, temp. 39°9. Le malade est moins agité, il signale une sensation subjective de mieux être; le point de côté a complètement disparu. Mêmes signes stéthoscopiques. Bouillon, vin, confiture, langues de chat. Soir 39°1.

Le 8, temp. 36°7. L'état général est meilleur, la toux facile; le souffle a diminué d'intensité, les sous-crépitants de retour s'accentuent, il existe encore un peu de bronchophonie.

Les jours suivants l'apyrexie est complète; le souffle profond, les râles et les crachats rouillés subsistent encore quelques jours, pendant que la convalescence s'active; si on ignorait les antécédents immédiats du malade, on pourrait croire à l'existence d'une excavation au niveau de l'angle interne de l'omoplate. Un nouveau vésicatoire est appliqué le 16 et la résolution est tout-à-fait complète le 29 juin.

Observation V.

Pneumonie double et généralisée à forme d'abord ataxique, puis adynamique.— Traitement par l'ipéca, les toniques, la quinine et les vésicatoires.— Guérison.

M. Joseph, 38 ans, journalier, est couché au N° 28 de la salle Saint-Lazare. Cet homme, vigoureux et bien musclé, n'a aucun des attributs d'un diathésique; l'hérédité est nulle et personnellement il n'a jamais été malade; malgré un séjour de 15 mois en Afrique et aux Colonies, il n'a pas eu de fièvres intermittentes. Ses habitudes seules sont déplorables: il est profondément alcoolique.

La maladie a débuté quatre jours avant son entrée; elle s'est annoncée par de la céphalalgie, un frisson et un point de côté à gauche; ces phénomènes n'ont pas revêtu un caractère d'acuité considérable, puisqu'il vient à pied à l'hôpital, le 14 janvier 1885. La température est ce jour-là de 39°8.

Le 15, temp. 38°3. Mêmes symptômes ; crachats rouillés et souffle tubaire à gauche. Expectation. Temp. du soir 40°.

Le 16, temp. 38°8. Le malade a été pris la veille, dans la soirée, d'un délire violent et d'une agitation extrême ; il a tenté de sauter par la fenêtre ; le délire a persisté toute la nuit et on s'est vu obligé d'attacher le malade. A la visite du matin, l'excitation n'est pas calmée et le malade veut se lever, prétendant être bien portant. On perçoit à l'auscultation du souffle tubaire et des râles crépitants ; la percussion révèle de la matité ; quant aux vibrations, elles sont diminuées à la base et cela tient à un peu d'épanchement caractérisé aussi par de la broncho-égophonie. Le lobe inférieur du poumon gauche est seul atteint par l'inflammation ; il existe des crachats rouillés. Devant l'agitation du malade et l'écart considérable qui existe entre les températures du soir et du matin, considérant les antécédents suspects du sujet au point de vue de l'impaludisme, M. Combal craint d'avoir affaire à des accidents pernicieux et prescrit 1 gr. de sulfate de quinine avec 0 gr. 05 d'extrait gommeux d'opium. Le soir, la température est à 39°2.

Le 17, 7me jour de la maladie, temp. 38°7. L'excitation est aussi grande ; le délire, violent et sans caractère professionnel, n'a pas diminué.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes ; la peau est moite ; le pouls à 92.

Un large vésicatoire est appliqué à la base gauche ; une potion est prescrite avec 2 gr. d'ipéca concassé, 0 gr. 40 de feuilles de digitale en infusion et 0 gr. 05 d'extrait gommeux d'opium (par cuillerée toutes les deux heures). Continuer la quinine.

Le soir, 39°4.

Le 18, temp. 39°3. Même état. Ajouter à la médication une potion alcoolique avec 40 gr. de rhum.

Soir 38°4.

Le 19, temp. 40. Le malade est affaissé, la gêne respiratoire intense ; le délire est moindre ; les urines, que l'on désirait examiner n'ont pu être conservées. Le poumon droit est à son tour envahi ; on perçoit à la base gauche du souffle tubaire et de la broncho-égophonie et sur toute la hauteur du poumon droit du souffle et de la crépitation. Le malade ne crache pas. La quinine et la digitale sont supprimées, l'ipéca est porté à 3 grammes et le rhum ajouté à la potion ; celle-ci doit être prise par cuillerée toutes les heures. Application d'un vésicatoire à la partie postérieure droite du thorax ; coton et taffetas gommé aux pieds. Régime : bouillon et vin.

Soir 39°8.

Le 20, temp. 39°9. Le malade est mieux ; il est affaissé, mais moins prostré que la veille ; le délire a complètement disparu, la langue est humide. La tolérance pour l'ipéca est parfaite ; on compte 120 pulsations et 40 respirations.

Soir 40°6.

Le 21, le malade est abattu et une diarrhée violente qui s'est déclarée hier contribue à l'affaiblir ; le pouls est plein à 100 ; il y a 40 respirations.

L'examen de la poitrine révèle un envahissement complet du poumon droit ; au niveau du lobe supérieur surtout, les symptômes pneumoniques sont accentués ; on y trouve du souffle, des crépitants, de la bronchophonie avec une matité absolue. La base gauche est en voie de résolution, mais le sommet du même côté est encore le siège d'un travail inflammatoire intense. En avant, il existe de la respiration supplémentaire des deux côtés. La toux a considérablement diminué. La plaie du vésicatoire prend une mauvaise tournure et ses bords commencent à se sphacéler. L'ipéca est supprimé à cause de la diarrhée ; on continue la potion au

rhum avec 20 gr. de sirop de diacode ; la plaie est pansée à l'iodoforme.

Soir 39°8.

Le 22, temp. 39°2. Le malade est mieux, mais il a eu dans la nuit huit selles diarrhéiques; la langue est toujours humide. La plaie commence à se modifier sous l'influence de l'iodoforme. La résolution s'opère dans tout le côté gauche et commence à se manifester à la base droite ; on entend des bouffées de sous-crépitation. Continuer la potion, 1 litre de décoction blanche.

Dans la soirée, un accès d'oppression violente nécessite une reprise de médication énergique: ventouses, sinapismes, infusion d'ipéca. Temp. 39°5.

Le 23, temp. 38°8. Devant la persistance de la fièvre, on essaie de nouveau le sulfate de quinine en lavement comme antipyrétique.

Temp. soir, 39°.

Le 24, temp. 37°7. L'oppression a beaucoup diminué, il y a 30 respirations à la minute; le pouls est à 92; la langue est humide. Il reste encore un peu de torpeur chez le malade et surtout une grande faiblesse.

Temp. du soir, 38°3.

Le 25, temp. 37°9. Le malade est calme, la dyspnée a totalement disparu ; les sous-crépitants se perçoivent dans toute l'étendue des poumons. Les tissus au niveau du vésicatoire s'étant de nouveau enflammés, on revient aux applications de pommade iodoforme. Le lavement quinique, l'infusion d'ipéca et le rhum sont continués.

Le soir, 38°6.

Le 26, temp. 37°8 le matin, 38°6 le soir. Même état.

Le 27, temp. 38°1. L'ipéca, qui avait été admirablement toléré les jours précédents, commence à déterminer de la

diarrhée; il est suspendu; d'ailleurs la résolution fait de rapides progrès.

Le soir, 38°5.

Le 28, temp. 38°. Il existe un léger subdélirium qui paraît de nature anémique; le pouls est normal, la diarrhée a diminué. On continue le rhum et le lavement quinique. Bouillon, jus de viande, tapioca à midi.

Le soir, 38°6.

Le 29, temp. 37°8. La diarrhée a entièrement disparu; il existe un souffle intense, à timbre presque cavitaire à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur gauche, il s'accompagne de retentissement vocal.

Potion avec 0 gr. 60 de sulfate de quinine, 3 gr. d'extrait mou de quinquina et 10 gr. de sirop diacode. Soir, 38°2.

Le 30, temp. du matin 38°, du soir 37°8. Mêmes signes.

Le 1er juillet, temp. 37°4. La quinine est suspendue. Soir 38°.

Le 2, temp. 37°6. Le pouls est très lent; le malade a eu la veille une syncope dans la journée. Thé au rhum, café, alimentation légère.

A partir de ce moment la convalescence marche à grands pas et la résolution est complète en quelques jours.

Observation VI.

Pneumonie alcoolique.— Délire intense et professionnel.— Traitement par l'ipéca, l'alcool, et l'opium.— Guérison.

B. Dominique, 33 ans, teinturier, est couché au N° 2 de la salle Saint-Lazare, dans le service de M. le professeur Combal; on l'a apporté le 14 mai 1883 dans un état d'agitation et de délire qui n'a pas permis de prendre des renseignements sur ses antécédents ni sur sa maladie actuelle; on sait seule-

ment qu'il est très alcoolique et a fait encore des excès d'alcool deux jours avant d'entrer à l'hôpital.

Le soir du jour où il est entré, la température est à 40°7; on perçoit à l'auscultation du souffle tubaire et des râles crépitants dans tout le lobe inférieur ganche. On prescrit quatre ventouses scarifiées et une potion à l'ipéca.

Le 15, temp. 40°4; mêmes symptômes, même agitation. On procède à de nouvelles scarifications. Le soir, 40°2.

Le 16, temp. 38°7. Le délire persiste, mais a perdu de sa violence; il porte surtout sur les objets qui caractérisent la profession du malade.

Le souffle, la bronchophonie et la crépitation persistent. Les vibrations ont disparu à la base gauche, ce qui permet de croire à l'existence d'un faible épanchement par inflammation de voisinage. Il existe une diarrhée légère, répondant à un état général grave. Le pouls est à 116, il y 28 respirations. On alterne une potion alcoolique et opiacée avec la potion à l'ipéca; un vésicatoire est appliqué à la base gauche; malgré la période peu avancée de la maladie, cet agent semble indiqué par l'intensité des symptômes locaux et la tendance aux complications pleurales. Temp. du soir 38°3

Le 17, temp. 36°5. Le délire n'a pas diminué; l'inflammation s'est étendue au lobe supérieur gauche, mais toute réaction fébrile a disparu. La diarrhée persiste et le malade va du corps d'une façon inconsciente; le pouls est bon. L'ipéca est supprimé et remplacé par une potion avec 40 gr. de rhum, 0 gr. 85 d'extrait d'opium et 3 gr. d'extrait mou de quinquina. Vin vieux. 3 tasses de café noir.

Le soir, 37°4.

Le 18, temp. 37°1. Le délire a diminué d'intensité; le malade est plus calme et assoupi; le pouls est plein, peu dépressible, à 108; il y a 36 respirations. Il existe des crachats rouillés; les jours précédents, l'expectoration avait été nulle,

le malade avait probablement craché dans son estomac. La médication est continuée.

Soir 38°4.

Le 19, temp. 38°1. Le délire a disparu, il y a toujours un peu d'assoupissement; le pouls est à 80; 32 respirations. La langue est souple, humide, les lèvres sont fuligineuses. Seulement on perçoit un commencement de résolution qui se traduit par de la sous-crépitation sur toute la hauteur; en avant quelques rhonchus. Les crachats rouillés très adhérents sont émis en grand nombre. La quantité d'extrait d'opium est diminuée, on la porte à 0 gr. 03.

Le soir 37°7.

Le 20, temp. 37°. La résolution est à peu près complète.

Le 21, apyrexie. Le malade saigne du nez, il déclare n'être pas sujet aux épistaxis; un écoulement se produit par les deux conduits auditifs. Il existe une certaine torpeur intellectuelle qui paraît être sous la dépendance de l'opium; celui-ci est supprimé, la potion tonique est continuée; une alimentation légère est prescrite.

La résolution est complète le surlendemain. Le catarrhe auditif n'est terminé qu'au bout de quelques jours.

Observation VII.

Pneumonie atteignant les deux lobes supérieurs droits. Forme bilieuse.— Traitement par les vomitifs et purgatifs. l'ipéca à dose fractionnée et les toniques. — Guérison au 7me jour.

B. François, 22 ans, soldat au génie, entre le 22 décembre 1882 à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Charles, N° 6, dans le service de M. le Professeur Dupré.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais: sa mère est souvent malade et a eu plusieurs fluxions de poitrine; sa

grand'mère maternelle est morte phthisique ; il a perdu deux frères ou sœurs en bas âge et n'a plus qu'un frère dont la santé est mauvaise.

Les antécédents personnels ne valent guère mieux ; depuis 14 mois qu'il est au régiment il n'a presque pas fait de service. Il ne peut se livrer au moindre travail un peu fatigant sans être immédiatement essoufflé. Il a été atteint, il y a 9 ans, de la fièvre typhoïde, immédiatement après une pleurésie droite ; il y a 8 ans, rhumatismes à la suite de bains froids; depuis cette époque la gêne de la respiration a été presque constante. Depuis 3 mois, les ganglions du cou et de l'aisselle se sont engorgés et il est survenu de l'impétigo du cuir chevelu.

La maladie actuelle a débuté deux jours avant son entrée à l'hôpital. B. a ressenti une violente douleur au côté, un frisson intense qui a déterminé le claquement des dents pendant deux ou trois heures et la céphalalgie; puis sont survenus la fièvre, la sueur, du vertige, etc. Quatre ventouses sèches ont été appliquées à l'infirmerie.

Le 22 au soir, au moment de son entrée, on constate de la dyspnée, une fièvre de 41° et un état saburral très prononcé des voies supérieures. M. Dupré prescrit 1 gr. d'ipéca avec 0 gr. 05 de tartre stibié.

L'oppression augmente dans la soirée en même temps que l'agitation succède au calme relatif qui régnait antérieurement. M. Tapie, interne du service, prescrit une potion renfermant 0 gr. 05 d'extrait gommeux d'opium et 30 gr. de sirop de digitale.

Le 23, temp. 38°1. Le pouls est à 80, petit, dépressible ; il y a 32 respirations; le malade est prostré. L'examen de la poitrine ne révèle en avant aucun bruit anormal ; en arrière, il existe un souffle tubaire et des râles crépitants au sommet droit, coïncidant avec de la matité et une exagération des

vibrations. A la base il existe un peu d'épanchement; matité et absence de vibrations; diminution du murmure vésiculaire, quelques frottements. L'expectoration est rouillée. On prescrit une infusion d'ipéca à 1 gr. 50 avec 3 gr. d'extrait de quinquina, du bouillon et du vin.

Le soir 40°9.

Le 24, temp. 40°2. La dyspnée a augmenté; 44 respirations; le pouls est à 100, plein, mais dépressible; le malade a eu une épistaxis; il est en moiteur. Les lobes supérieur et moyen du côté droit sont envahis; mêmes signes stéthoscopiques. La langue est sale, le visage présente une teinte jaunâtre. Prescriptions: huit ventouses sèches, cataplasmes sinapisés; looch avec 0 gr. 25 de tartre stibié et 30 gr. de sirop diacode par cuillerée, d'heure en heure. Bouillon, vin.

Soir 40°1.

Le 25, temp. 40°. Le malade est affaissé; cependant le souffle a diminué d'intensité au sommet. On continue le tartre stibié à 0 gr. 15. Soir 40°1.

Le 26, temp. 38°9. Le malade se sent mieux; le souffle a encore diminué; on perçoit des râles sous-crépitants. Vésicatoire. Soir 38°4.

Le 27, temp. 37°6. Sous-crépitants et frottements pleuraux. Soir 37°7.

Le malade entre en convalescence le 28 et la résolution est complète après très peu de jours. L'état saburral persistant, 30 grammes d'huile de ricin sont administrés le 8 janvier.

Observation VIII.

Pneumonie droite avec adynamie prédominante.— Traitement par les toniques et la quinine.—Guérison.

B., soldat au 122e de ligne, 23 ans, entre le 10 février 1884 au service de la clinique médicale, salle Saint-Charles, N° 15.

Ce jeune homme est lymphatique de tempérament, a une bonne constitution et une forte complexion. Rien de fâcheux dans l'hérédité. Il est revenu il y a deux mois de Tunisie où il a eu à deux reprises les fièvres intermittentes ; à part cela, santé excellente.

Il entre avec une température de 40°5 et raconte qu'il est malade depuis trois jours : la maladie a débuté par un violent frisson, un tremblement généralisé, puis de la chaleur et de la sueur ; en même temps fièvre, céphalalgie intense et sensation de lassitude. La fièvre et les symptômes cités ont persisté pendant les trois jours avec une toux violente et de la dyspnée ; le malade n'a pas constaté d'exacerbation bien manifeste à certains moments de la journée.

A un examen superficiel, le 10 au soir, on constate un souffle tubaire et des râles crépitants à l'angle interne de l'omoplate; le point de côté subsiste; il existe des crachats rouillés. En raison d'un état saburral très prononcé, un vomitif est prescrit.

Le 11, temp. 40°6. Point de côté, épistaxis, pouls dépressible. L'examen de la poitrine révèle de la matité et une perte d'élasticité à la base droite, une augmentation des vibrations et des râles crépitants. Potion tonique au rhum et à l'extrait de quinquina. Le soir, 40°9.

Le 12, temp. 40°1. Nouvelle épistaxis; crachats rouillés. Le malade est abattu ; la respiration est fréquente, la peau brûlante et sèche ; le pouls fréquent et dépressible. Mêmes signes stéthoscopiques ; même traitement.

Le soir, 40°4 ; l'oppression a augmenté ; la toux est sèche et fréquente, l'expectoration rare.

Le 13, temp. 38°1. La toux est continuelle, les crachats peu nombreux, toujours rouillés; le pouls est petit, dépressible, fréquent; épistaxis, crépitation et sibilance au tiers moyen

du poumon. On prescrit un vésicatoire et une potion avec 1 gr. de sulfate de quinine.

Soir, 40°6.

Le 14, temp. 36°4. La dyspnée persiste, les pommettes sont colorées, le malade est affaissé, le souffle a disparu, on perçoit de la sous-crépitation de retour.

La quinine est donnée pour la seconde fois.

Soir, 37°6.

Le 15, temp. 37°. On entend encore un souffle léger et de la sous-crépitation en un point très limité au tiers moyen. La quinine est supprimée et on continue le rhum et l'extrait de quinquina.

Malgré la suppression des anti-périodiques, l'apyrexie se maintient, on n'a donc pas eu probablement affaire à une complication intermittente.

Le 19, le pouls est descendu à 48 pulsations, il est petit et dépressible, la dose de rhum est portée à 50 gr., on donne le café noir.

Le 20, la résolution est complète.

Observation IX.

Pneumonie droite à forme inflammatoire.— Traitement par les ventouses et l'infusion d'ipéca associée à la digitale et l'opium.— Guérison au 8me jour.

B. Jean, 21 ans, soldat, entre le 17 décembre 1882 au service de M. le Professeur Dupré, salle Saint-Charles, N° 11, atteint de pneumonie droite. Rien dans l'hérédité, il a eu une pneumonie il y a 7 ans; depuis lors, il est souvent essoufflé et ne peut supporter une marche un peu prolongée; il sue facilement et a fréquemment des coliques.

Le 12, il a ressenti dans la nuit un violent frisson, puis de la sueur, avec céphalalgie, lassitude, gêne de la respiration, sécheresse de la gorge, soif, etc.

Le 15, il a été pris d'un point de côté à droite qui persiste le jour de son entrée.

Le 17, 5me jour de la maladie, la température est à 40°7, le pouls fréquent, la face rouge et congestionnée, la dyspnée intense; on constate de la sueur. A l'auscultation, on perçoit du souffle tubaire et des râles crépitants ainsi que de la matité et une augmentation des vibrations au niveau du lobe moyen droit; aux deux bases on entend des sous-crépitants tenant à une bronchite concomitante. M. Dupré ordonne des ventouses sèches et une infusion d'ipéca avec 30 gr. de sirop de digitale et 30 gr. de sirop de morphine.

Le soir 40°6.

Le 18, temp. 30°2. Épistaxis, le souffle tubaire se propage au sommet droit, un vésicatoire est appliqué à ce niveau.

Soir 38°2.

Le 19, temp. 39°1. Le souffle a diminué au sommet, les signes de bronchite se sont atténués; le pouls est bon. L'exacerbation tient probablement au vésicatoire. Continuer l'ipéca.

Soir 37°9.

Le 20, temp. 37°. Le malade est et se sent beaucoup mieux; le souffle persiste; on perçoit des sous-crépitants de retour.

Soir 37°1.

Le 21, apyrexie; le souffle a diminué; l'état général est bon.

Le 22, l'ipéca qui avait été très bien toléré pendant toute la durée de la maladie, provoque des vomissements; le suspendre.

La résolution est complète au bout de quelques jours.

Observation X

Pneumonie double des sommets. — Délire intense. — Traitement par l'ipéca, les révulsifs et surtout le sulfate de quinine. — Guérison rapide.

G., 24 ans, est amené le 28 mai 1883 à l'hôpital Saint-Eloi, au N° 23 de la salle Saint-Lazare, par les soins de la police. Il est en proie au délire et à une violente agitation, de sorte qu'il est impossible d'obtenir aucun renseignement sur ce qui s'est passé les jours précédents. La température du soir est de 40°4; après une auscultation sommaire, une potion au rhum est administrée.

Le lendemain 29 mai, la température est à 40°3. Le délire persiste et s'accompagne de carphologie; la chaleur de la peau est sèche et âcre; le pouls est à 100, il y a 48 respirations. La langue est sèche et sale; le ventre ballonné; il y a des gargouillements dans le colon; les forces sont conservées. L'examen de la poitrine révèle au sommet gauche, en avant et en arrière, de la matité, de l'exagération des vibrations, un souffle profond et des râles crépitants disséminés, ainsi que de la bronchophonie. M. le professeur Combal alterne la potion au rhum avec une infusion d'ipéca à 3 gr. à laquelle on associe 30 gr. de sirop diacode; il ordonne en outre des frictions sur l'abdomen avec de l'huile de camomille camphrée et deux vésicatoires à la partie inférieure et interne des cuisses.

Le soir, 41°.

Le 30, temp. 38°8. Le délire est aussi intense; à l'auscultation, on constate l'envahissement du sommet opposé. Devant la différence de 2°2 qui existe entre le soir et le matin, M. Combal prescrit: 1 gr. de sulfate de quinine, 3 gr. de résine

de quina, 3 gr. de carbonate de potasse, 40 gr. d'eau, à prendre en trois fois.

Sous l'influence de cette médication quinique continuée pendant quelques jours, la pneumonie se guérit rapidement et les symptômes graves observés les premiers jours se calment peu à peu.

Le 4 juin, c'est-à-dire huit jours après l'arrivée du malade dans le service, la résolution est complète.

Observation XI.

Pneumonie des lobes supérieur et moyen droits.—Traitement par les toniques et les vésicatoires. — Guérison.

J. Léon, 42 ans, terrasier, est couché le 12 février 1884 au N° 22 de la salle Saint-Vincent; il signale les fièvres intermittentes dans ses antécédents.

Il est malade depuis 7 jours: le début a été caractérisé par un frisson, un point de côté à droite, une toux fatigante, de la soif, de l'anorexie, de la fièvre. Au 4e jour, il s'est appliqué lui-même un vésicatoire. Actuellement il souffre de la tête et du côté; il émet des crachats rouillés très adhérents. L'examen de la poitrine révèle, au niveau des lobes moyen et supérieur droits, une augmentation des vibrations, de la submatité, du souffle et des râles crépitants, surtout abondants dans l'aisselle. On prescrit un vésicatoire.

Le soir, 48°2. La pommette du côté malade est fortement colorée.

Le 13, temp. 39°5; on prescrit une potion de Todd.

Le 14, le malade émet des crachats rouillés, visqueux, en grand nombre; il a refusé de laisser prendre sa température et exige des aliments. On constate au tiers supérieur des

sous-crépitants fins de retour, et au tiers moyen des râles humides un peu plus gros. Le soir, 38°5.

Le 15, apyrexie.

Le 16, l'état est le même, avec une certaine dose d'adynamie. Un nouveau vésicatoire est prescrit ; et on ajoute 4 gr. d'extrait de quinquina à la potion de Todd existante.

Le 17, les râles sont moins nombreux.

Le 18, malgré l'apyrexie, on perçoit du souffle au sommet et des bouffées de râles sous-crépitants dans l'aisselle.

Le 20, la résolution est presque complète.

Le 25, devant la persistance d'un souffle cavitaire presque et des râles sous-crépitants le long du bord externe de l'omoplate, des applications de teinture d'iode sont ordonnées pour hâter la résolution, et celle-ci est complète le 13 mars, jour où le malade demande sa sortie.

CONCLUSIONS.

I. La pneumonie est une infection générale de nature probablement parasitaire.

II. Le traitement de la pneumonie est un traitement d'indications. L'expectation est indiquée quand il n'existe aucun symptôme prédominant et aucune complication ; dans les autres cas, on a recours, soit aux antipyrétiques, soit aux toniques, soit aux résolutifs.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur,
COMBAL.

Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !